

# TRAITEMENT DU PROLAPSUS DES FEMMES AGÉES PAR LE CLOISONNEMENT VAGINAL

---

STATISTIQUE DU SERVICE DE GYNECOLOGIE  
DE L'HOTEL-DIEU DE LYON (Dr. R. LABRY)

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 25 Novembre 1955*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Yves PAUGAM**

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 5 Novembre 1929, à SAINT-POL-DE-LÉON (Finistère)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1955



TRAITEMENT DU PROLAPSUS DES FEMMES AGEES  
PAR LE CLOISONNEMENT VAGINAL



# TRAITEMENT DU PROLAPSUS DES FEMMES AGÉES PAR LE CLOISONNEMENT VAGINAL

---

STATISTIQUE DU SERVICE DE GYNECOLOGIE  
DE L'HOTEL-DIEU DE LYON (Dr. R. LABRY)

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 25 Novembre 1955*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Yves PAUGAM**

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 5 Novembre 1929, à SAINT-POL-DE-LÉON (Finistère)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

# PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen . . . . . M. HERMANN. | Doyen honoraire . . . . . M. J. LEPINE.  
Assesseur . . . . . M. J. GATE.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,  
LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER, GARIN.

## PROFESSEURS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Clinique médicale A. . . . .<br/>Clinique médicale B. . . . .<br/>Clinique chirurgicale A. . . . .<br/>Clinique chirurgicale B. . . . .<br/>Clinique ophtalmologique. . . . .<br/>Clinique urologique. . . . .<br/>Clinique et prophylaxie de la tuberculose. . . . .<br/>Clinique dermatologique et syphiligraphique. . . . .<br/>Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale. . . . .<br/>Clinique des maladies infectieuses et bactériologie. . . . .<br/>Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile. . . . .<br/>Clinique gynécologique. . . . .<br/>Clinique obstétricale. . . . .<br/>Clinique stomatologique. . . . .<br/>Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge. . . . .<br/>Clinique oto-rhino-laryngologique. . . . .<br/>Physiologie. . . . .<br/>Anatomie pathologique. . . . .<br/>Physique biologique, radiologie et physiothérapie. . . . .</p> <p>Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire. . . . .<br/>Chimie organique et toxicologie. . . . .<br/>Pathologie générale et expérimentale. . . . .<br/>Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale. . . . .<br/>Anatomie. . . . .<br/>Pathologie interne. . . . .<br/>Chimie biologique et médicale. . . . .<br/>Pathologie chirurgicale. . . . .<br/>Histologie. . . . .<br/>Pharmacie galénique et matière médicale. . . . .<br/>Médecine du travail. . . . .<br/>Thérapeutique. . . . .<br/>Hygiène et action sanitaire et sociale. . . . .<br/>Biologie médicale et pharmacodynamie. . . . .<br/>Botanique et cryptogamie. . . . .<br/>Propédeutique chirurgicale. . . . .<br/>Chimie analytique pharmacéutique. . . . .<br/>Pharmacie et pharmacologie. . . . .<br/>Médecine légale et déontologie. . . . .<br/>Parasitologie et pathologie exotique. . . . .</p> | <p>MM. FROMENT.<br/>P. RAVAUULT.<br/>SANTY.<br/>WERTHEIMER.<br/>BONNET.<br/>CIBERT.<br/>DUFOURT.<br/>GATE.<br/>DECHAUME.<br/>SEDALLIAN.<br/>GUILLEMINET.<br/>POLLOSSON.<br/>PIGEAUD.<br/>DUCLOS.<br/>BERNHEIM.<br/>MAYOUX.<br/>HERMANN.<br/>J.-F. MARTIN.<br/>PONTIUS.<br/>(détaché à Beyrouth)<br/>ROCHET.<br/>CHAMBON.<br/>JOSSEBRAND.<br/>DELORE.<br/>GABRIELLE.<br/>CROIZAT.<br/>ENSELME.<br/>MALLET-GUY.<br/>NOEL.<br/>REVOL.<br/>BOURRET.<br/>LEVRAT.<br/>SOHIER.<br/>JOURDAN.<br/>NETIEN.<br/>BERTRAND.<br/>BADINAND.<br/>DREVON.<br/>ROCHE.<br/>X...</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. . . . . M. BANSILLON. | Physique biologique . . . . . M. BERGER.

## MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Parasitologie. . . . . MM. ROMAN.<br/>Parasitologie. . . . . COUDERT.<br/>Physiologie. . . . . CIER J.-F.<br/>Physiologie. . . . . CHATONNET<br/>Chimie biologique<br/>et médicale . . . . . CREYSSSEL R.<br/>Bactériologie. . . . . BERTOYE A.</p> | <p>Pharmacie galénique<br/>et matière médicale. . . . . MM. DORCHE.<br/>Anatomie. . . . . DUROUX.<br/>Pharmacie et Pharmacologie<br/>Hygiène. . . . . CIER André.<br/>Anatomie pathologique . . . . . BENAZET.<br/>Chimie organique<br/>et Toxicologie . . . . . FEROLDI.<br/>PERROT L.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## AGREGES EN EXERCICE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Pathologie médicale . MM. GALY.<br/>Pathologie médicale . . . . . GONIN.<br/>Pathologie médicale . . . . . GUINET.<br/>Pathologie médicale . . . . . PONT.<br/>Pathologie médicale . . . . . VIGNON.<br/>Pathologie médicale . . . . . REVOL.<br/>Pathologie médicale . . . . . TRAEGER.<br/>Pathologie chirurgicale . . . . . MANSUY.<br/>Pathologie chirurgicale . . . . . DARGENT.<br/>Pathologie chirurgicale . . . . . GUILLET.<br/>Pathologie chirurgicale . . . . . MARION P.<br/>Pathologie chirurgicale . . . . . MICHAUD.<br/>Pathologie chirurgicale . . . . . JAUBERT<br/>de BEAUJEU.<br/>Pathologie chirurgicale . . . . . SAUTOT.</p> | <p>Ophthalmologie. . . . . MM. PAUFIQUE.<br/>Obstétrique. . . . . MAGNI N.<br/>Obstétrique. . . . . MATHIEU J.<br/>Obstétrique. . . . . BURTHIAULT.<br/>Oto-rhino-Laryngologie. . . . . GIGNOUX.<br/>Dermato-Vénérologie . . . . . THIERS.<br/>Urologie . . . . . PERRIN.<br/>Neuro-Chirurgie. . . . . LECUIRE.<br/>Orthopédie . . . . . MARION Joseph.<br/>Stomatologie . . . . . FREDEL.<br/>Electro-Radiologie . . . . . PAPILLON.<br/>Pédiatrie et Puériculture. . . . . FRANÇOIS.<br/>Thérapeutique . . . . . BRETTE.<br/>Maladies infectieuses. . . . . MONNET.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## CHARGE DES FONCTIONS D'AGREGE

Médecine légale. . . . . M. COLIN.

## CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGE

Histologie. . . . . M. DUMONT Louis. | Physique biologique. . . . . M. MORET.

## LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

**Président : M. ROCHET ; Assesseurs : MM. LABRY,  
DUROUX et MICHAUD**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de mon affection  
et de ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

*Professeur de Thérapeutique chirurgicale  
et de Chirurgie opératoire*

Il nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette  
thèse.

Nous lui en exprimons toute  
notre reconnaissance et l'assurons  
de notre plus profond respect.

## A NOS JUGES

### MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LABRY

Il nous a confié le sujet de cette thèse et nous a guidé avec bienveillance au cours de son élaboration.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

### MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUROUX

Il nous a prodigué ses conseils lors de la réalisation de cette thèse.

Nous le prions d'accepter l'assurance de notre profonde gratitude.

### MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHAUD

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL GIRAUD  
*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce*  
*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE  
ET DES HOPITAUX CIVILS DE LYON

A NOS MAITRES  
DE L'HOPITAL MILITAIRE DES GENETTES  
ET DE L'HOPITAL MILITAIRE DE GRENOBLE

A MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL LENOIR

*Médecin des Hôpitaux Militaires*

*Chef du Service de Médecine de l'Hôpital Militaire de Grenoble*

Pendant un an il nous a guidé  
patiemment, ne ménageant ni son  
temps, ni sa grande bienveillance.

Nous lui exprimons toute notre  
reconnaissance et l'assurons de  
notre profond respect.

A MES CAMARADES  
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

## INTRODUCTION

Le but de cette thèse n'est pas de créer un nouveau plaidoyer pour les opérations de cloisonnement vaginal type Le Fort, ni d'en préciser les indications aujourd'hui bien connues.

Nous désirons ici rapporter les opérations pratiquées dans le service de Gynécologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon (Dr. R. Labry) et analyser ainsi une statistique homogène de 29 cas dont les bons résultats nous ont invité à publier quelques détails techniques utilisés.



## HISTORIQUE

Le Professeur Léon Le Fort conçut, en 1876, le procédé du cloisonnement partiel du vagin, consistant à maintenir en rapport intime par une suture médiane, les parois antérieure et postérieure de cette cavité. Mais avant lui, quelques chirurgiens avaient essayé de traiter les prolapsus génitaux par des opérations analogues.

En 1823, Gérardin (de Metz) eut l'idée de pratiquer une suture médiane des parois antérieure et postérieure du vagin, transformant ainsi cette cavité en deux conduits séparés qui ne devaient plus permettre l'issue de l'utérus.

De 1867 à 1880, Neugebauer, professeur à Varsovie, exécuta onze fois une opération qui ne différait que très peu de celle de Gérardin et obtint dix succès.

En 1877, Le Fort communiqua à la Société de Chirurgie de Paris, son procédé de traitement du prolapsus génital. Il partait de l'idée que la chute de l'utérus est toujours précédée de celle des parois vaginales : « C'est comme entraîné par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve ; ce qui sort d'abord c'est la partie de la muqueuse vaginale la plus rapprochée de la vulve, le reste suit comme par une sorte de déplissement ». L'auteur pensait donc empêcher le prolapsus en créant seulement une zone d'adhérence limitée des parois vaginales : « Ce que j'ai donc cherché, c'est à rendre le contact permanent, intime, en avançant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin et en les réunissant par la suture. Suturer ainsi ces parois sur une certaine hauteur, c'était cloisonner le vagin ». Voici comment Le Fort réalisait son intervention :

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis à ciel

ouvert, d'abord sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du vagin, recouvrant l'utérus prolabé, deux avivements linéaires longitudinaux dans l'étendue de 5 cm. Cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appliquai sur ce bord transversal, trois points de suture ; puis, de proche en proche, je suturai les bords latéraux passant sur chacun d'eux le fil de la paroi antérieure à la paroi vaginale postérieure. Au fur et à mesure de l'application des points de suture, la réduction de l'utérus devenait de plus en plus complète et quand les deux surfaces avivées furent suturées, la réduction était complète. »

Cette technique, permettant d'opérer sans réduction préalable de l'utérus, s'adressait dans l'esprit de son auteur à tous les prolapsus, quel que soit l'âge des malades. On peut lire dans le traité de gynécologie de Pozzi (1887) : « Il est très intéressant de remarquer que cette opération n'empêche ni le coït, ni la fécondation, ni l'accouchement. Celui-ci s'est fait normalement chez une des plus anciennes opérées de Le Fort. On n'a eu qu'à sectionner la bride avec des ciseaux pour permettre le passage du fœtus. »

Le cloisonnement vaginal a d'abord joui d'une certaine faveur : c'est ainsi que la thèse de Brunet (Paris, 1883), de Leguinard (Bordeaux, 1887), d'André (Paris 1880) et de Bordier (Bordeaux, 1894), en analysent ses résultats et la préconisent. Mais, déjà, quelques chirurgiens proposent des modifications à la technique primitive. Eustache (de Lille) et Duplay conseillent des avivements plus larges. Taft, en 1889, dans *The National Journal of Medical Sciences*, pose le principe de l'impossibilité d'assurer une barrière suffisante au prolapsus avec un avivement parcimonieux et réserve donc le cloisonnement aux seules femmes âgées.

Cependant cette intervention devait être assez rapidement abandonnée et presque définitivement condamnée au Congrès de Chirurgie de 1896, où Richelot lui adressait le reproche de n'être efficace qu'à condition d'oblitérer le vagin.

Quelques années plus tard, sous l'impulsion de divers

auteurs français et étrangers, le cloisonnement du vagin sortit de l'oubli, mais la technique en fut modifiée : les surfaces d'avivement furent élargies, ne laissant plus après accolement que deux gouttières latérales réalisant le drainage du col. Les indications furent précisées et limitées : le cloisonnement devint l'intervention de choix dans le prolapsus des femmes âgées.

L'Ecole bordelaise, avec Lannelongue, Dubourg, Chavannaz, semble être la première à reprendre l'opération de Le Fort. Chavannaz insiste sur la nécessité de renoncer à conserver le vagin et fait du cloisonnement vaginal une opération exclusivement réservée aux femmes âgées.

A Lyon, les Professeurs Villard, puis Cotte, se font à leur tour les défenseurs de l'opération de Le Fort. Cotte publie ses résultats en 1922 dans le *Lyon Chirurgical* et à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Dans un article du *Journal de Chirurgie* (août 1922), en collaboration avec M. Creyssel, il précise les détails techniques du cloisonnement élargi du vagin et en étudie les indications.

A l'étranger, signalons les travaux de Wyatt (1912), de Fothergill (1917), de Berkeley et Dolley (1920) et de Krull (1922). Tous ces auteurs insistent sur les avantages du cloisonnement élargi.

En 1923, la question du traitement du prolapsus ayant été soulevée au Congrès de Chirurgie de Paris, Bégouin et Savariaud font de l'opération de Le Fort élargie un excellent procédé dans le traitement du prolapsus complet des femmes âgées.

Nora, dans sa thèse (1924), rapporte 54 observations d'opérations de Le Fort et ne note pas un seul échec malgré l'âge des opérées et l'ancienneté des prolapsus traités.

Brocq et Nora, en 1927, étudient dans le *Journal de Médecine et de chirurgie pratique* les indications des diverses opérations dans le prolapsus des femmes âgées et mettent l'opération de Le Fort au premier plan.

En 1929, Crousse publie dans *Bruxelles Médical*, 26 cas de prolapsus traités par le cloisonnement élargi du vagin et n'enregistre aucun échec.

Le Professeur Labhardt, en 1934, décrit un procédé de colpectomie subtotale qui, au lieu de deux conduits latéraux ne conserve qu'un conduit médian sous-urétral.

En 1937, le Professeur Mocquot conçoit une technique de cloisonnement applicable dans tous les cas où l'on est autorisé à rendre le vagin impraticable, que le prolapsus soit total ou non.

Le Professeur Cotte et J. Mathieu, en 1941, rapportent dans *Gynécologie et Obstétrique*, une importante statistique d'opération de Le Fort. Ils précisent la technique du cloisonnement élargi et en étudient les résultats éloignés.

En 1948, le Professeur Eugène Pollosson et Estragnat publient dans le *Lyon Chirurgical* les résultats de 56 cloisonnements du vagin (51 Le Fort élargi, 3 cloisonnements par le procédé de Mocquot, 2 opérations de Labhardt). Ils notent 2 morts post-opératoires, 3 récidives complètes, 3 cas d'incontinence d'urine et considèrent que, parmi les opérations pour prolapsus, le cloisonnement vaginal est le procédé le plus entaché de complications. En outre, estimant que la plupart des récidives sont dues à la mauvaise trophicité des tissus vaginaux, ils insistent sur la nécessité d'un traitement folliculinique à titre préopératoire.

En 1954, le Professeur agrégé R. Labry, en collaboration avec Michoulier, publie dans le *Lyon Chirurgical*, les excellents résultats qu'il a obtenu avec l'opération de Le Fort et décrit les particularités techniques qu'il utilise à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Enfin, en juillet 1954, Douay, dans son rapport aux Assises Françaises de Gynécologie, précise les indications du cloisonnement vaginal type Le Fort et en étudie les différentes techniques.

## INDICATIONS ET SOINS PREOPERATOIRES

L'opération de Le Fort, par suite des modifications apportées à la technique primitive, entraîne l'occlusion presque complète du vagin. Cette intervention s'adresse donc exclusivement aux femmes âgées ayant définitivement renoncé aux rapports sexuels et les malades doivent être très clairement averties des impossibilités qui en résultent.

En outre, le cloisonnement élargi du vagin type Le Fort, nécessitant une large extériorisation des parois vaginales, doit être pratiquement réservé au traitement du prolapsus total extériorisé de façon permanente ou extériorisable avec forte cystocèle et rectocèle, et col faisant issue en dehors de la vulve.

Avant d'intervenir on doit envisager l'état général de ces malades âgées et l'état des muqueuses extériorisées.

### **Etat général.**

L'âge en lui-même n'est pas une contre-indication absolue. Nous trouvons 4 cas de plus de 80 ans opérés dans notre statistique. On peut donc étendre très loin les indications de cette opération qui peut être considérée comme bénigne et peu choquante.

Cependant l'état de cachexie ou de sensibilité aux défaillances cardiaques de certaines malades peuvent être des raisons de repousser l'intervention et de conseiller, faute de mieux, le port d'un pessaire.

L'examen sera complété par des analyses d'urine et de sang (urée, prothrombine...). On pratiquera au besoin un trai-

tement préopératoire (cure toni-cardiaque...), pour remonter l'état général des malades et les mettre ainsi dans les meilleures conditions opératoires.

### **Etat local.**

Les muqueuses extériorisées présentent souvent des ulcérations qui siègent généralement sur le col. La réintégration du prolapsus, le repos au lit, les soins hygiéniques, et les attouchements au mercurochrome permettent d'obtenir en général une rapide cicatrisation des lésions.

La nature de ces ulcérations doit être reconnue bénigne et, dans les cas douteux, il est nécessaire de pratiquer une biopsie.

Dans le cas de néoplasme cervical ou de grosses lésions utéro-annexielles, le cloisonnement est évidemment contre-indiqué, le traitement de ces affections passant au premier plan de la thérapeutique.

L'administration préopératoire d'œstrogènes a été souvent préconisée. Le Professeur E. Pollosson conseille un traitement folliculinique prolongé pour améliorer l'état de la muqueuse vaginale et éviter ainsi la désunion des sutures. Il écrit dans le *Lyon Chirurgical* (1948, XLIII, 324-325) :

« Physiquement, ces muqueuses vaginales dystrophiques se caractérisent par une fragilité désespérante, ce qui rend leur dissection malaisée et diminue tellement leur solidité que les sutures ne trouvent plus de points d'appui suffisamment résistants. Et cela explique les tendances à la désunion.

« La folliculine étant par excellence l'hormone eutrophique de la vulve et du vagin, c'est à elle qu'il faut demander d'améliorer ces états. »

M. Labry n'emploie pas systématiquement les œstrogènes, il les réserve aux cas rares où l'atrophie et la sclérose de la muqueuse extériorisée sont véritablement importantes.

*L'état urinaire* doit aussi être précisé, car les gros pro-

lapsus s'accompagnent d'une énorme cystocèle avec déformations des uretères. Les malades présentent souvent soit des troubles infectieux (cystite, pyélonéphrite), soit surtout des troubles de la miction (perte d'urine au moindre effort, plus rarement incontinence totale ou rétention avec miction par regorgement). Un traitement préopératoire doit donc être parfois pratiqué et il arrive qu'un bilan rénal soit à établir.



## TECHNIQUE OPERATOIRE

Nous venons de voir que sous l'influence des divers soins préopératoires l'état local s'améliore en général rapidement. Habituellement au bout de quelques jours on peut pratiquer l'intervention.

La malade sera purgée et lavementée les jours qui précèdent l'opération. Elle sera constipée ensuite pendant plusieurs jours par l'ingestion d'extrait thébaïque.

Au moment de l'opération, la malade étant en position gynécologique, on videra la vessie et on procédera au lavage et à la désinfection du vagin de façon minutieuse.

Dans les observations que nous rapportons, diverses anesthésies ont été utilisées :

- Dans quelques cas l'anesthésie générale à l'éther ou au kélène.
- Plusieurs fois la rachi-anesthésie.
- Dans les derniers cas surtout l'anesthésie en circuit fermé

Aucune complication anesthésique importante n'a été notée.

Voici la technique utilisée par M. Labry dans le Service de Gynécologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon :

« Une pince de Museux est placée sur le col et servira de tracteur extériorisant le prolapsus et le déplaçant, soit latéralement, soit dans le sens vertical. L'aide écarte avec une valve au besoin les lèvres de la fourchette: »

« 1° - Nous préférons comme premier temps dessiner au bistouri les gouttières latérales, d'abord sur le côté gauche de la malade, puis sur le côté droit. On trace deux lignes postéro-antérieures et parallèles écartées l'une de l'autre d'un centimètre et demi à deux centimètres environ. Ces lignes partent d'un point latéral situé sur le plan passant à trois centimètres environ sous le méat urinaire et s'arrêtant à deux centimètres et demi environ de l'orifice cervical.

« Les points postérieurs (supérieur et inférieur) sont aussitôt repérés par quatre fils qui sont fixés aux champs et maintiennent l'extériorisation en repérant bien ainsi les futurs angles postérieurs des zones d'avivement.

« 2° - Le col est abaissé par traction avec la pince de Museux. Deux sections transversales réunissent alors les quatre points précédents sur la paroi vaginale antérieure, ce qui délimite le rectangle d'avivement antérieur. La limite antérieure de ce dernier est donc à deux centimètres environ du col et sa limite postérieure reste à trois centimètres du méat. Il n'y a pas intérêt, en effet, à notre avis, à pousser l'avivement trop près du méat afin que la suture définitive du cloisonnement ne tire pas trop sur l'urètre et nous préférons une légère saillie muqueuse facilement maintenue par la colpopérinéorraphie postérieure systématique plutôt qu'une incontinence favorisée par cette traction.

« L'avivement antérieur de la muqueuse se fait facilement en commençant le décollement sur la ligne médiane. Le dépouillement muqueux doit rester superficiel et ne pas intéresser le fascia ou le tissu cellulaire sous-jacent qui serviront pour les surjets d'enfouissement. Une hémostase minutieuse de la zone avivée par des catguts fins et électrocoagulation est indispensable.

« 3° - Le col est ensuite attiré en haut et la même manœuvre a lieu pour l'avivement du rectangle postérieur dessiné sur la paroi vaginale postérieure. Le décollement est un peu plus difficile dès qu'on s'éloigne du col : il doit, là aussi, rester superficiel. Il risque l'ouverture du cul-de-sac de Douglas.

accident d'ailleurs sans gravité, mais nécessitant évidemment la suture immédiate du péritoine par un petit surjet. On pratique une hémostase également rigoureuse de la zone avivée.

« 4° - On pratique alors par des points séparés au catgut chromé la suture des deux lignes transversales antérieures, ce qui détermine l'enfouissement du col dans ce qui reste de dôme vaginal, et commence à dessiner les rigoles latérales. Puis trois ou quatre surjets transversaux au catgut simple, sont placés à des étages successifs et accolent progressivement la zone avivée antérieure à la zone avivée postérieure. Ils doivent être exécutés soit avec des catguts serts, soit avec une aiguille très fine, car ces catguts, surtout en arrière, doivent rester superficiels. Ils ont pour but d'enfouir progressivement le prolapsus et surtout de plaquer exactement l'un contre l'autre les deux avivements réalisés.

« Et ainsi on arrive à un enfouissement complet. Une dernière suture par points séparés au catgut chromé réunit les deux lèvres vaginales transversales restantes, cloisonnant ainsi le vagin et laissant deux gouttières latérales bien dessinées et perméables, admettant facilement l'entrée d'une pince de Kocher vérifiant leur perméabilité.

« 5° - Une colpopérinéorrhaphie postérieure complémentaire est enfin systématiquement pratiquée : elle soutient le léger bombement muqueux qui peut persister, ménagé d'ailleurs pour les raisons plus haut décrites.

« Cette colpopérineorrhaphie postérieure sera faite comme à l'ordinaire avec au moins deux points sur les releveurs, elle remontera très haut latéralement, pour obtenir une fermeture vulvaire volontairement serrée. »

Sur cette technique, nous insisterons donc sur les points particuliers suivants :

1° - L'incision initiale latérale des deux traits parallèles comme premier temps, permettant le dessin de deux rectangles d'avivement plus symétriques et l'obtention de rigoles latérales plus rectilignes.

2° - L'hémostase rigoureuse et les surjets étages efficaces sur les zones avivées pour éviter les hématomes et les mauvais accollements, cause de désunion possible.

3° - L'absence de traction sur le méat et l'urètre par la suture vaginale transversale terminale.

4° - La colpopérinéorraphie postérieure complémentaire, systématique et fermant la vulve le plus possible.

#### SOINS POST-OPÉRATOIRES.

Localement on place un simple pansement protecteur. S'il y a un peu d'écoulement, on pratique l'assèchement superficiel avec de la gaze. L'évacuation de la vessie est assurée pendant quelques jours par une sonde à demeure.

Le lever se fait en principe au 14<sup>e</sup> jour. Le lever précoce fut institué dans quelques cas seulement. Il fut imposé surtout par l'indocilité des malades, qui également, ne supportèrent aucune sonde, ce qui d'ailleurs semble avoir peu d'inconvénient.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION 1. — *Mme F...*, 63 ans.

Entre le 10 septembre 1945 pour prolapsus génital dont le début remonte à une trentaine d'années. Un pessaire n'a pas été toléré. Depuis six mois : accentuation du prolapsus, lombalgies, pertes blanches, dysurie et douleurs à la miction.

*Antécédents.* — 1 enfant. 1 fausse couche suivie d'une légère poussée de salpingite.

*Examen.* — Prolapsus total présentant quelques ulcérations. Annexes normales.

Tension artérielle : 10/6.

*Intervention* le 25 septembre 1945. — Anesthésie générale à l'éther. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.* Sort le 25 octobre 1945.

*Revue* le 8 décembre 1945. Bon résultat.

### OBSERVATION 2. — *Mme B...*, 86 ans.

Entre le 19 septembre 1946 pour prolapsus génital et pour prolapsus rectal. Incontinence d'urine et des matières.

Etat général médiocre. T. A. : 20/12.

*Antécédents.* — 4 enfants. 1 fausse couche.

*Examen.* — Prolapsus génital total. Prolapsus rectal important.

*Intervention* le 20 septembre. — Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure très satisfaisante. Cerclage de l'anus au fil métallique.

*Janvier* 1947. Excellent résultat.

OBSERVATION 3. — *Mme G...*, 70 ans.

Entre le 11 mars 1947 pour prolapsus génital assez bien toléré pendant 15 ans. Depuis trois semaines : douleurs pelviennes, pollakiurie et brûlure à la miction.

*Antécédents.* — 2 enfants. 3 fausses couches (1 curetage)

*Examen.* — Prolapsus total.

*Intervention* le 14 mars 1947. --- Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Sort* le 12 avril 1947. Résultat remarquable.

OBSERVATION 4. — *Mme M...*, 68 ans.

Entre le 15 avril 1947 pour récidive d'un prolapsus génital. Opérée en 1929 ; réapparition du prolapsus un an après. Signes fonctionnels minimes.

Etat général moyen. Bronchitique chronique.

*Antécédents.* — Hystérectomie subtotale.

*Examen.* — Prolapsus total.

*Intervention* le 17 avril 1947. -- Cloisonnement vaginal type Le Fort. L'absence de l'utérus rend l'opération plus difficile (ouverture du cul-de-sac de Douglas suturée immédiatement). Colpopérinéorraphie postérieure complémentaire.

19 avril. Température à 40°. Délire. Sécheresse de la langue. Malgré l'auscultation négative on pense à une pneumonie. Traitement : pénicilline et digitaline.

25 avril. La température, après avoir baissé transitoirement, remonte. Respiration brève et pénible. Emission de quelques crachats gommeux. Atteinte marquée de l'état général. Le diagnostic de pneumopathie aiguë semble confirmé. Traitement : pénicilline, sumédine et camphre.

26 avril. Coma. Exitus dans la soirée.

OBSERVATION 5. — *Mme D...*, 69 ans.

Entre le 8 avril 1947 pour prolapsus génital apparu il y a 10 ans. Port prolongé d'un pessaire.

Bon état général.

*Examen.* — Prolapsus total. Petite ulcération sur le bord postérieur du col.

*Intervention* le 12 avril 1947. — Cloisonnement vaginal type Le Fort. Colpopérinéorraphie postérieure complémentaire.

*Suites simples.* Bon résultat.

OBSERVATION 6. — *Mme S...*, 64 ans.

Entre le 21 février 1949 pour prolapsus génital assez bien toléré pendant huit ans. Depuis un an : pesanteur pelvienne et pertes blanches assez abondantes.

*Antécédents.* — 11 enfants. Phlébite au 2<sup>me</sup> accouchement. 3 fausses couches.

*Examen.* — Prolapsus total avec col volumineux et ulcéré.

*Intervention* le 5 mars 1949. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.* Sort le 26 mars 1949.

*Octobre 1955.* La malade est très satisfaite du résultat obtenu.

OBSERVATION 7. — *Mme P...*, 61 ans.

Entre le 7 juillet 1949 pour prolapsus génital. Douleurs hypogastriques depuis dix ans, plus fortes actuellement.

*Antécédents.* — 4 accouchements normaux.

*Examen.* — A l'effort l'utérus sort à la vulve. Col normal.

*Intervention* le 12 juillet 1949. — Rachi-anesthésie. L'utérus s'extériorise mal, on fait néanmoins un cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.* — Sort guérie le 3 août 1949.

OBSERVATION 8. — *Mme M...*, 69 ans.

Entre le 12 janvier 1950 pour prolapsus génital dont le début remonte à une trentaine d'années. Depuis trois mois : accentuation du prolapsus et pertes blanches abondantes.

Bon état général. Ankylose de la hanche droite.

*Antécédents.* — 4 accouchements normaux.

*Examen.* — Prolapsus total réductible. Gros utérus. Muqueuse sclérosée.

*Intervention* le 19 janvier 1950. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure (l'ankylose de la hanche droite rend l'opération plus difficile).

*Suites simples.* Sort le 11 février 1950. Excellent résultat.

OBSERVATION 9. — *Mme B...*, 71 ans.

Entre le 13 mai 1950 pour récurrence d'un prolapsus génital. Opérée en 1932 : réapparition du prolapsus deux mois après. Actuellement : pesanteur pelvienne, pollakiurie et brûlure à la miction.

*Antécédents.* — 6 grossesses. 1 fausse couche (curettage). Déchirure du périnée au premier et au dernier accouchement.

*Examen.* — Prolapsus total. Cystocèle marquée. Petite rectocèle.

*Intervention* le 16 mai 1950. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.* Sort le 9 juin 1950.

*Octobre 1955.* Résultat satisfaisant.

OBSERVATION 10. — *Mme C...*, 72 ans.

Entre le 15 novembre 1950 pour prolapsus génital. Depuis un mois : pesanteur pelvienne, pertes blanches et cystite.

*Antécédents.* — Nullipare.

*Intervention* le 18 novembre 1950. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.*

*Octobre 1955.* Malade satisfaite. Légère incontinence d'urine à la toux.

OBSERVATION 11. — *Mme G...*, 78 ans.

Entre le 21 novembre 1950 pour prolapsus génital dont le début remonte à environ un an. Assez bien supporté.

Etat général satisfaisant.

*Antécédents.* — Un accouchement avec forceps.

*Examen.* — Prolapsus total légèrement ulcéré.

*Intervention* le 25 novembre 1950. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort. Colpopérinéorrhaphie postérieure complémentaire.

*Suites simples.* Bon résultat.

OBSERVATION 12. — *Mme B...*, 69 ans.

Entre le 11 décembre 1950 pour récurrence d'un prolapsus génital. L'affection remonte à 1931. On lui conseille alors un pessaire qu'elle ne peut supporter. Opérée en 1938 : colporraphie antérieure et colpopérinéorrhaphie postérieure. Actuellement : pollakiurie et constipation.

*Antécédents.* — 3 grossesses (deux déchirures du périnée) Une fausse couche (curettage).

*Examen.* — Prolapsus total ulcéré. Le périnée postérieur reste excellent.

*Intervention* le 14 décembre 1950. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort avec cerclage vulvaire.

*Suites simples.*

*Sort* le 4 janvier 1951. Bon résultat.

OBSERVATION 13. — *Mme G...*, 76 ans.

Entre le 17 mars 1951 pour prolapsus génital qui s'est accentué depuis trois mois. Actuellement : pesanteur pelvienne et dysurie.

Bronchitique chronique.

*Antécédents.* — 2 enfants. Forceps au premier accouchement.

*Examen.* — Prolapsus du troisième degré. Col ulcéré.

*Intervention* le 20 mars 1951. — Rachi-anesthésie impossible. On pratique un cerclage vulvaire.

*Réintervention* le 14 avril malgré la grande nervosité de la malade. Anesthésie générale pratiquée. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.*

*Sort* le 18 mai 1951. Résultat excellent.

OBSERVATION 14. — *Mme B...*, 64 ans.

Entre le 26 septembre 1951 pour récurrence d'un prolapsus génital. Opérée en 1940 : hystéropexie et périnéorraphie. Réapparition du prolapsus 3 ans après. \*

*Antécédents.* ... 5 enfants. Déchirure du périnée à chaque accouchement. Phlébite à la dernière grossesse.

Gastrectomie pour ulcère en 1944.

*Examen.* — Prolapsus total. Le périnée ne tient plus (sangle des releveurs complètement écartée). Utérus très mobile, de consistance et de volume normaux. Les annexes ne sont pas perçues.

T. A. Mx : 18. Varices aux deux jambes.

*Intervention* le 3 octobre 1951. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure faite dans des tissus très fragiles.

*Suites simples.* *Sort* le 28 octobre 1951.

*Revue* le 4 janvier 1952. Excellent résultat.

*Octobre 1955.* Malade très satisfaite.

OBSERVATION 15. — *Mme F...*, 64 ans.

Entre le 10 mars 1952 pour prolapsus génital existant depuis plusieurs années. Port prolongé d'un pessaire. Actuellement : pesanteur pelvienne, légère incontinence d'urine et quelques pertes rouges.

Etat général assez bon.

*Antécédents.* — 3 accouchements normaux. Kyste de la glande de Bartholin opéré en 1949.

*Examen.* — Prolapsus total. Cystocèle et rectocèle marquées. Etat inflammatoire du col. Pas d'ulcération suspecte.

*Intervention* le 18 mars 1952. — Rachi-anesthésie. Cloi-

sonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Sort* guérie le 12 avril 1952.

*Octobre 1955.* Malade très satisfaite.

OBSERVATION 16. — *Mme B...*, 60 ans.

Entre le 29 avril 1952 pour prolapsus génital. Début en 1942. A porté un pessaire jusqu'à l'apparition de métrorragie en février 1952. Actuellement : Douleurs hypogastriques, incontinence d'urine à l'effort et pertes rouges.

*Examen.* — Prolapsus total. Cystocèle importante. Utérus petit. Les annexes ne sont pas perçues.

T. A. : 17/11. Glycosurie (traces) ; glycémie : 1,10.

*Intervention* le 7 mai 1952. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort. Colpopérinéorraphie postérieure complémentaire.

*Suites* immédiates marquées par un peu de fièvre. Examen pulmonaire négatif.

12 mai. Point de côté lombo-abdominal gauche.

14 mai. Brusquement grande scène d'embolie pulmonaire à forme angineuse. Traitement : morphine, novocaïne, solucamphre et oxygène. Légère amélioration. Mais une heure après, nouveau malaise laissant persister une sensation d'angoisse. Exitus rapide.

OBSERVATION 17. — *Mme T...*, 68 ans.

Entre le 7 novembre 1952 pour prolapsus génital apparu à l'âge de 26 ans après son unique accouchement. Un pessaire n'est pas supporté. Depuis dix ans, accentuation du prolapsus. Actuellement : sensation de tiraillement dans le bas-ventre, légère incontinence d'urine et leucorrhées abondantes.

*Antécédents.* — - accouchement normal.

*Examen.* — - Prolapsus total ulcéré. Cystocèle et rectocèle importante.

Tension artérielle : 19/11.

*Intervention* le 13 novembre 1952. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites* normales.

*Sort* le 15 décembre 1952. Bon résultat.

OBSERVATION 18. — *Mme F...*, 73 ans.

Entre le 21 novembre 1952 pour prolapsus génital et fistule inguinale gauche.

*Antécédents.* Nullipare. Hystérectomie subtotale pour fibrome en 1933.

A présenté une myosite syphilitique au niveau du triangle de Scarpa.

En juin 1951, adéno-phlegmon de l'aîne gauche incisé. Amélioration mais persistance d'une fistule.

*Examen.* — Prolapsus total ulcéré.

9 décembre. Exploration chirurgicale de la fistule inguinale.

*Intervention* le 28 janvier 1953. — Anesthésie générale. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une péri-néorraphie postérieure.

*Sort* le 22 avril 1953. Excellent résultat du cloisonnement. Amélioration de la fistule dont l'origine n'a pu être déterminée.

*Octobre 1955.* Malade très satisfaite.

OBSERVATION 19. — *Mme B...*, 62 ans.

Entre le 7 avril 1953 pour prolapsus génital et hernie crurale. Depuis six mois : douleurs lombaires, brûlure à la miction et incontinence d'urine.

*Antécédents.* — Hystérectomie subtotale pour fibrome en 1947.

*Examen.* — Prolapsus total. Cystocèle et petite rectocèle. Hernie crurale gauche.

*Intervention* le 16 avril 1953. — Anesthésie générale éther. Cure hernie crurale et cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Février 1954.* Hospitalisée pour hernie inguinale gauche. Bon résultat du cloisonnement.

OBSERVATION 20. — *Mme C...*, 70 ans.

Entre le 25 juillet 1953 pour prolapsus génital traité pendant plusieurs années par un pessaire. Actuellement : sensation de gêne exagérée par la fatigue et dysurie.

*Antécédents.* — 2 accouchements normaux. 1 fausse couche.

Hypertension (Mx : 20) depuis de nombreuses années.

*Examen.* — Cystocèle importante. Légère rectocèle. Le col ne sort pas à la vulve.

*Intervention* le 2 août. — Anesthésie générale. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.*

*Sort* le 29 août 1953. Excellent résultat.

**OBSERVATION 21.** — *Mme V...*, 70 ans.

Entre le 12 octobre 1953 pour prolapsus génital apparu il y a six mois. Un pessaire n'a pu être supporté. Actuellement : pesanteur pelvienne et dysurie.

*Antécédents.* — 5 accouchements normaux.

*Examen.* — Prolapsus total. Col hypertrophié et ulcéré. Tension artérielle : 19/12.

*Intervention* le 22 octobre. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort (le col hypertrophié rend l'opération plus difficile). Colpopérinéorraphie postérieure complémentaire.

*Suites.* Diarrhée malgré l'extrait thébaïque. *Sort* le 22 novembre 1953.

*Octobre 1955.* Malade satisfaite. Légère incontinence d'urine à la toux.

**OBSERVATION 22.** — *Mme N...*, 66 ans.

Entre le 29 mars 1954 pour prolapsus génital. Depuis un an : sensation de corps étranger dans le vagin et dysurie.

Bon état général.

*Antécédents.* — 6 accouchements normaux. 1 fausse couche. En 1953, quelques pertes rouges (cautérisation du col).

*Examen.* — Cystocèle. Rectocèle minime.

*Intervention* le 3 avril. — Anesthésie générale. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.*

*Sort* le 26 avril 1954. Bon résultat.

OBSERVATION 23. — *Mme L...*, 63 ans.

Entre le 15 mai 1954 pour prolapsus génital apparu il y a un an. Actuellement : pesanteur pelvienne, leucorrhées, incontinence d'urine à l'effort et cystalgie.

*Antécédents.* — 1 accouchement normal.

*Examen.* — Prolapsus total. Cystocèle. Petite rectocèle. Etat inflammatoire du col.

Hypertrophie du lobe gauche du corps thyroïde.

*Intervention* le 18 mai. — Anesthésie générale éther. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.* Sort le 16 juin 1954.

*Octobre 1955.* Malade satisfaite. Légère incontinence d'urine à l'effort.

OBSERVATION 24. — *Mme C...*, 82 ans.

Entre le 18 mai 1954 pour prolapsus génital existant depuis plusieurs années. Un pessaire n'a pu être supporté.

*Antécédents.* — 2 accouchements normaux.

*Examen.* -- Prolapsus total réductible. Quelques ulcérations.

*Intervention* le 1<sup>er</sup> juin. - Anesthésie générale kélène. Cloisonnement vaginal type Le Fort (étant donné l'état inflammatoire du col on laisse des gouttières latérales particulièrement larges). Colpopérinéorraphie postérieure complémen-taire.

*Suites simples.* Sort le 24 juin 1954.

*Août 1954.* Récidive partielle du prolapsus. Vu le grand âge de la malade, on se contente de ce résultat imparfait.

OBSERVATION 25. — *Mme N...*, 74 ans.

Entre le 1<sup>er</sup> octobre 1954 pour prolapsus génital apparu il y a un an. Depuis 1 mois : accentuation du prolapsus, quelques pertes rouges, brûlure à la miction et incontinence d'urine.

Bon état général.

*Antécédents.* — 3 accouchements normaux.

Appendicectomie en 1940. Cure hernie étranglée en 1946.

*Examen.* — Prolapsus total. Col hypertrophié et ulcéré.

*Intervention* le 5 octobre. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort. Colpopérinéorraphie postérieure complémentaire.

*Suites simples.* Sort le 27 octobre 1954.

*Octobre 1955.* Malade satisfaite.

OBSERVATION 26. — *Mme L...*, 83 ans.

Entre le 23 février 1955 pour prolapsus génital qui s'est accentué depuis un an. Actuellement : sensation de gêne et leucorrhées provoquant un érythème de la face interne des cuisses.

*Examen.* — Prolapsus total. Petite ulcération du col.  
Tension artérielle : 20/12.

*Intervention* le 3 mars. — Rachi-anesthésie. Cloisonnement vaginal type Le Fort (ouverture du Douglas suturée immédiatement). Colpopérinéorraphie postérieure complémentaire.

*Suites troublées.*

12<sup>me</sup> jour. Température à 38° et œdème du membre inférieur gauche. Traitement : tromexane pendant 6 jours.

35<sup>me</sup> jour. Température à 40°. Dermatozose de type allergique.

Sort le 20 avril 1955. Bon résultat.

OBSERVATION 27. — *Mme D...*, 72 ans.

Entre le 2 mars 1955 pour prolapsus génital dont le début remonte à 1947. Port prolongé d'un pessaire. Depuis quelques mois : lombalgies et pollakiurie.

*Antécédents.* — 1 accouchement normal.

*Examen.* — Prolapsus utérin total. Cystocèle.  
Tension artérielle : 19/12.

*Intervention* le 8 mars. — Anesthésie générale kélène. Cloisonnement vaginal type Le Fort. Colpopérinéorraphie postérieure complémentaire.

*Suites simples.* Sort le 26 mars 1955.

*Octobre 1955.* Excellent résultat.

OBSERVATION 28. — *Mme P...*, 82 ans.

Entre le 22 juin 1955 pour prolapsus génital négligé.

*Antécédents.* — Polyarthrite ankylosante.

*Examen.* — Enorme cystocèle ulcérée.

*Intervention* le 9 juillet. — Anesthésie en circuit fermé. Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Sort* le 16 septembre 1955. Excellent résultat.

OBSERVATION 29. — *Mme A...*, 62 ans.

Entre le 29 juillet 1955 pour prolapsus génital apparu il y a un an.

*Antécédents.* — 2 accouchements normaux.

*Examen.* — Prolapsus total. Col hypertrophié.

*Intervention* le 4 août. — Cloisonnement vaginal type Le Fort complété par une colpopérinéorraphie postérieure.

*Suites simples.*

*Sort* le 2 septembre 1955. Bon résultat.

## RESULTATS

Nous publions une statistique de 29 opérations de Le Fort pratiquées dans le Service de Gynécologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon (Dr Labry).

L'âge des opérées a oscillé entre 60 et 86 ans. Quatre malades avaient plus de 80 ans et dix avaient entre 70 et 80 ans.

Toutes présentaient de gros prolapsus extériorisés ou extériorisables ayant nécessité un traitement préopératoire.

Quatre avaient déjà été opérées par d'autres procédés (obs. 4, 9, 12 et 14). Presque toutes avaient essayé de porter un pessaire.

Plusieurs malades accusaient des troubles urinaires avant l'opération : 1 cystite, 1 cystalgie, 3 incontinences importantes et quelques pollakiuries, dysuries, incontinences à l'effort.

Sur ces 29 cas on note 2 morts post-opératoires :

Obs. 4 : Il s'agit d'une malade qui, au huitième jour, mourut d'une pneumonie.

Obs. 16 : Embolie pulmonaire à forme angineuse sept jours après l'opération.

Dans les autres cas, les suites furent pratiquement normales. A signaler seulement une phlébite du membre inférieur gauche survenue 12 jours après l'opération (obs. 26).

Nous ne relevons qu'une récurrence partielle chez une femme de 83 ans (obs. 24). Tous les autres cloisonnements vaginaux se sont révélés efficaces.

En octobre 1955, nous avons envoyé un questionnaire à la plupart de ces opérées. Celles qui ont répondu sont très satisfaites du résultat obtenu et ne présentent ni troubles urinaires appréciables, ni pertes alarmantes.

Si nous voulons résumer les considérations qui se dégagent de l'analyse de ces observations nous dirons :

1° Toutes les interventions pratiquées concernaient bien d'énormes prolapsus extériorisés ou extériorisables chez des femmes âgées et souvent très âgées.

2° Les 2 décès que nous avons à déplorer sont dus : l'un à une pneumonie, l'autre à une embolie foudroyante au 7<sup>e</sup> jour.

3° La morbidité observée contrairement aux autres statistiques a été insignifiante (une légère phlébite et une récurrence partielle chez une femme de 83 ans). Dans les autres cas les suites ont été simples, les malades se levant au 15<sup>e</sup> jour et le bon résultat ayant été constaté plusieurs années après.

4° Les troubles urinaires classiques après le Le Fort ont été notés insignifiants dans 3 cas, sous forme de très légères incontinences à la toux.

Nous estimons que ces résultats sont dus essentiellement aux détails de technique utilisés, sur lesquels nous avons insisté plus haut et qui, en créant de larges surfaces d'avivement étroitement adossées par des surjets bien placés, évitent les hématomes source de désunion secondaire.

## CONCLUSIONS

Nous rapportons 29 observations de cloisonnement vaginal type Le Fort, concernant des femmes âgées et très âgées présentant de gros prolapsus extériorisés.

Nous insistons sur la technique utilisée qui semble conditionner de bonnes suites opératoires, particulièrement l'avivement correct et symétrique des deux rectangles muqueux, leur hémostase rigoureuse et les surjets étagés, adossant exactement les surfaces cruentées afin d'éviter les hématomes source d'infection et de désunion. Une colpopérinoérraphie postérieure complémentaire systématique a toujours été associée.

Nous avons à déplorer 2 décès (une pneumonie, une embolie) et une seule désunion partielle chez une femme de 83 ans. Les 26 autres cas ont été suivis de bons résultats, beaucoup contrôlés plusieurs années après. Aucun trouble urinaire appréciable n'est à signaler.

*Vu :*

*Le Doyen,*  
HERMANN.

*Vu :*

*Le Président de la Thèse,*  
ROCHET.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 26 Octobre 1955.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. ALLIX.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ADAIR et DA SEEF. — « Le Fort Colpocléisis ». *Amer. J. of Obst. and Gyn.*, août 1936, p. 218.
- ANDRÉ. — Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort. Résultats immédiats. Conséquences éloignées. *Thèse*, Paris, 1888-1889.
- AUSTRY. — Contribution à l'étude du traitement des prolapsus génitaux et du cloisonnement du vagin en particulier. *Thèse*, Bordeaux, 1923.
- BACHELLERIE. — Du cloisonnement élargi du vagin, opération dite de Le Fort, dans le prolapsus complet des femmes âgées. *Thèse*, Marseillè, 1940.
- BÉGOUIN. — Etude critique des opérations pratiquées contre les prolapsus génitaux. *Rapport au 32<sup>e</sup> Congrès de Chir.*, Paris, 1923.
- BERNARD. — Traitement chirurgical du prolapsus sénile, l'opération de Le Fort. *Schweiz. Med. Wchnschr.*, avril 1927.
- BIVAS. — Le cloisonnement vaginal de Le Fort. *Thèse*, Toulouse 1932.
- BLOCH et BLONDIN. — Contre-indications et types d'interventions chez la femme âgée dans le traitement des prolapsus. *Médecine*, avril 1932, p. 225.
- BROCQ et Mlle DUPEUX. — L'opération de Le Fort, opération de choix du prolapsus génital total chez les femmes âgées. *J. de Méd. et de Chir. pratique*, CV, p. 179-185, 10 mars 1934.
- Nouvelle statistique d'opération de Le Fort, résultats de 14 cas de cloisonnement large du vagin pour prolapsus génital complet chez des femmes âgées. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, février 1935 ; in *Rev. Franç. de Gyn.*, n° 4, avril 1935.
- BROCQ et NORA. — L'opération de Léon Le Fort. *La Médecine* avril 1925.
- Le traitement du prolapsus utéro-vaginal chez les femmes âgées par l'opération de Le Fort élargi. *Gyn. et Obst.*, n° 5, mai 1925.

- L'opération de choix du prolapsus utéro-vaginal complet chez les femmes âgées. *J. de Méd. et de Chir. pratique*, 10 oct. 1927.

BRUNET. — Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin (procédé de Léon Le Fort). *Thèse*, Paris, 1882-1883.

BURTY et AUCLAIR. — A propos des indications de la colpectomie (opér. de Le Fort) dans la cure des prolapsus utérins. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, séance du 5 avril 1946, n° 5, mai 1945, p. 706-707.

CAFFEAU. — Contribution à l'étude du traitement du prolapsus utérin sénile. *Thèse*, Paris, 1924.

CARAES. — Du cloisonnement du vagin (opération de Le Fort élargi) et de ses résultats éloignés. *Thèse*, Paris, 1926.

CHAVANNAZ. — Du cloisonnement du vagin dans le prolapsus utérin complet chez les femmes âgées. *Rev. mensuelle de Gyn. et d'Obst. et de Péd.*, Paris, 1909, p. 380.

CHAZOT. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des grands prolapsus génitaux chez les femmes âgées. *Thèse*, Lyon, 1951-1952.

CHOSSE (J.). — Le cloisonnement élargi du vagin ; opération dite de Le Fort, dans le traitement du prolapsus des femmes âgées. *Marseille Médical*, 15 février 1933, p. 251.

CHRISTITCH. — De l'opération de Le Fort et le traitement du prolapsus génital complet chez les femmes âgées. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, avril 1938.

CREMER (Mme). — Contribution à l'étude du procédé de Le Fort dans le traitement du prolapsus génital sénile. *Thèse*, Paris, 1925.

COTTE (G.). — Traitement du prolapsus des vieilles femmes par l'opération de Le Fort. *Lyon Chirurgical*, 1923, p. 625.

- A propos de l'opération de Le Fort dans le traitement des prolapsus génitaux des femmes âgées. *Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris*, 1923, p. 907.

- A propos du cloisonnement du vagin dans le traitement du prolapsus des femmes âgées. Soc. de Chir. de Lyon, séance du 15 janvier 1948 ; in *Lyon Chirurgical*, t. 43, mai-juin 1948.

COTTE (G.) et CREYSSSEL (J.). — Traitement du prolapsus génital des vieilles femmes par le cloisonnement du vagin. *J. de Chir.*, 20, 145-155, août 1922.

COTTE (G.) et MATHIEU (J.). — Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin. *Gyn. et Obst.*, t. 41, n° 11-12, 1941.

- CROUSSE. — Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement du vagin. *Bruxelles Méd.*, n° 14, 3 février 1929, p. 393.
- Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin. Opération de Le Fort modifiée ; résultats de 26 interventions et technique. *Ann. Inst. Chir. de Bruxelles*, 30, 61-74, 15 avril 1929.
- DIEULAFÉ. — Prolapsus génital total chez une femme très âgée, traitée par l'opération de Le Fort. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 18, 674, novembre 1929.
- DOUAY. — Prolapsus génital. *L'Hôpital*, n° 327, janvier 1933.
- Opération de Le Fort et ses variantes. *Rapport aux Assises Franç. de Gyn.*, juillet 1954, Paris.
- ESTRAGNAT. — Traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement élargi du vagin. *Thèse*, Lyon, 1947.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de gyn. médico-chir.*, Paris, 1923.
- FAYOT. — Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. *Thèse*, Paris, 1932.
- HANANIA. — Contribution à l'application du cloisonnement élargi du vagin à tous les degrés du prolapsus génital. *Thèse*, Paris, 1938.
- HANS-TISCHER. — De la valeur de l'opération de Neugebauer-Le Fort dans le prolapsus des femmes âgées. *Zentr. für Gyn.*, 66<sup>e</sup> année, n° 23, juin 1942, p. 916-922.
- HARTMANN. — Des prolapsus génitaux. *Gyn. et Obst.*, Paris, 1921.
- JUVARA. — Le cloisonnement du vagin. *Presse méd.*, 1910.
- KOVACS. — *Zentralbl. Gyn.*, 1934, p. 218-221.
- KUNNEL. — Procédé de Le Fort-Neugebauer dans l'opération du prolapsus utérin. *Acta Obst. Scand.*, 1942, 22, n° 3, 205-220.
- LABHARDT. — Colpo-perineo-cleisis subtotalis pour le prolapsus des vieilles femmes. Premier Congrès français de Gyn., 3-5 oct. 1932 ; *Presse Méd.*, n° 9, 12 nov. 1932.
- Colpo-perineo-cleisis subtotalis. *Schw. med. Wchnschr.*, 1934.
- LABRY (R.) et MICHOUlier (J.). — Résultats et considérations techniques concernant l'opération du cloisonnement vaginal type Le Fort. Soc. de Chir. de Lyon, séance du 4 février 1954 ; *Lyon Chir.*, XLIX, 1954, p. 852-858.
- LE FORT. — Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus utérin. *Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Paris*, III, 1877.

- LICCIONE. — Complete procedentia in aged. Operative treatment by modified Le Fort technique. *Amer. Journ. of Surg.*, août 1935, p. 236.
- LONGE. — Contribution à l'étude de l'opération de Le Fort dans le traitement des prolapsus génitaux. *Thèse*, Bordeaux, 1929.
- MAZZULLO. — La méthode de Neugebauer-Le Fort associée à la clôture presque totale du vagin dans la cure du prolapsus génital récidivant après traitement par hystérectomie vaginale. *Minerva Chir.*, juillet 1947, 245-247.
- MOCQUOT. — Prolapsus génital. *La Pratique Médico-Chir.*, Paris, 1931, 3<sup>e</sup> édition, VII.
- MONNIER. — Le traitement chirurgical des prolapsus génitaux. *Thèse*, Lyon, 1943.
- NORA. — Prolapsus génital total chez les femmes âgées. *Thèse*, Paris, 1924.
- PASCALIS. — Traitement chirurgical du prolapsus utéro-vaginal complet chez la femme âgée. *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, octobre 1935, p. 508.
- PELTIER DE QUEIROZ. — Le cloisonnement du vagin de Neugebauer-Le Fort dans le traitement du prolapsus sénile. *Revista de Gyn. et d'Obst.*, mars 1939 ; *Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1941, p. 636.
- PETIT-DUTAILLIS. — Modification au procédé de cloisonnement de Le Fort. *Gyn.*, p. 152-159, mars 1931.
- POILLOSON (E.) et ESTRAGNAT (R.-P.). — Prolapsus génital des femmes âgées et cloisonnement vaginal. *Lyon Chir.*, XLIII, 1948, p. 321-32.
- REVEL (J.). — Le cloisonnement vaginal dans le prolapsus génital chez les femmes âgées. *L'Echo Méd. des Cévennes*, n° 9, novembre 1932.
- REYNAUD. — Opération de Le Fort modifiée. *Soc. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, 17 mars 1941.
- ROUERQUE. — Etude statistique du traitement chirurgical des prolapsus génitaux (1924 à 1938). *Thèse*, Bordeaux, 1938-1939.
- ROZENSPER. — Contribution à l'étude du traitement du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement du vagin (opération de Le Fort élargie). *Thèse*, Montpellier, 1933.
- SABADINI. — Traitement opératoire du prolapsus génital des femmes âgées par le cloisonnement du vagin (procédé Le Fort). *Thèse*, Paris, 1923.

- La méthode de choix dans le traitement chirurgical du prolapsus vagino-utérin total des femmes âgées. *Algérie Méd.*, déc. 1935.
- SAUGUES. — Sur le traitement du prolapsus utérin chez les femmes âgées. *Lyon Chir.*, 1925, p. 546.
- SAVARIAUD. — Etude critique des opérations pratiquées contre les prolapsus génitaux. Congrès de Chir., 1923.
- SÉJOURNET. — Remarques sur une statistique de 185 interventions chirurgicales du prolapsus génital. *Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, LXXV, 1933, séance du 2 juin.
- SUSSI. — A propos de l'opération de Neugebauer-Le Fort pour le prolapsus de l'utérus. *Policlinico*, 42, 857-860, mai 1935.
- ULRICH. — Eviscération génitale totale. Son traitement par le Le Fort, modifié par une technique personnelle. *Compte rendu de la Soc. Franç. de Gyn.*, avril 1939, p. 186.
- VERGEZ et CHOUSSAT. — Quatre cas de prolapsus génital complet des femmes âgées traitées par l'opération de Le Fort. *Soc. d'Obst. et de Gyn. d'Alger*, séance du 14 déc. 1935 ; in *l'Algérie Méd.*, n° 105, sept. 1936.
- VU-NGOC-HOAN. — Les indications opératoires dans les différentes formes cliniques des prolapsus génitaux. *Thèse*, Paris, 1952.
- WYATT. — L'opération de Le Fort pour prolapsus génital, 8 observations. *Soc. Royale de Méd. de Londres*, déc. 1912.



## TABLE DES MATIERES

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                        | 11 |
| HISTORIQUE .....                          | 13 |
| INDICATIONS ET SOINS PREOPERATOIRES ..... | 17 |
| TECHNIQUE OPERATOIRE .....                | 21 |
| OBSERVATIONS .....                        | 25 |
| RESULTATS .....                           | 37 |
| CONCLUSIONS .....                         | 39 |
| INDEX BIBLIOGRAPHIQUE .....               | 41 |





